Lane Medical Library

ÜBER

ALBUMINURIE BEI GONORRHOE.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDIZIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG DER

MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

AM 26. JULI 1898

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

HERMANN LEWEK

AUS SANTOMISCHEL (PROV. POSEN).

OPPONENTEN:

HERR JULIUS HERZBERG, CAND. MED.
„ MAXIMILIAN BRESLAUER, DR. JUR.
„ MAX SELO, CAND. MED.

BERLIN 1898

DRUCK VON J. S. PREUSS

LEIPZIGER-STRASSE 31/32.

Meinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/uberalbuminurieb0000herm

Während man in Frankreich schon seit Beginn dieses Jahrhunderts von einer Erkrankung der Nieren infolge Harnröhrentrippers berichtet, hat man sich in Deutschland erst seit dem letzten Jahrzehnt mit dieser Frage beschäftigt. Die Möglichkeit einer solchen Komplikation wird wohl jetzt kaum mehr bestritten werden, über die Häufigkeit und Ursache jedoch gehen die Ansichten noch sehr auseinander.

So erwähnt schon Bell[1]) gegen das Jahr 1800 in seinem „Traité de blennorrhagie“ ganz kurz, dass die Nieren im Verlaufe der Gonorrhoe erkranken können; als Ursache der Komplikation nennt er eine nervöse Sympathie („sympathie nerveuse“) und aufsteigende Entzündung („inflammation ascendante“).

Diese letztere Ursache giebt auch Jubiot[2]) an. Für ihn ist die Nephritis, die sich durch Albuminurie anzeigt, das Resultat eines aufsteigenden entzündlichen Prozesses, der fast bei jeder Gonorrhoe nach 12—14 Tagen auftritt und in der Regel eine sehr günstige Prognose giebt.

Anderer Ansicht ist Cornil.[3]) Auch dieser giebt zwar die Möglichkeit einer Nierenaffektion zu, besonders bei bestehenden Harnröhrenstrikturen, doch

hält er sie noch keineswegs für eine feststehende klinische Thatsache („une réalité clinique incontestable“).

Genauer spricht sich hierüber Fournier[4]) aus. Er sagt: „Bien plus problématique est l'existence de la néphrite blennorrhagique, dont je crois pouvoir dire qu'il n'existe pas d'exemple bien avéré.“ Er selbst hat 13 Jahre hindurch jeden Gonorrhoekranken sehr sorgfältig untersucht und nie eine gonorrhoische Nierenentzündung gefunden. Oefter klagten die Patienten über sehr heftige Nierenschmerzen, für die er aber folgende zwei Gründe annimmt: entweder sind es die beginnenden Schmerzen einer Hodenentzündung oder sie sind durch die Applikation von Copaivbalsam bedingt; diese letzteren sind besonders heftig und verlangen eine sofortige Aenderung der Behandlung; nach dem Weglassen des Mittels hören die Schmerzen sofort auf.

Zu einer wesentlich anderen Auffassung kommt Luxcey[5]) durch seine im Jahre 1879 angestellten Untersuchungen. Er behauptet: „Il faut admettre deux mécanismes de la néphrite compliquant la blennorrhagie. Dans certains cas c'est une marche ascendante de la maladie et une propagation de l'inflammation par continuité de tissu. Ailleurs le mécanisme est tout autre. Le rein est frappé à distance par le rhumatisme blennorrhagique comme peuvent l'être la dure-mère, le cerveau, le foie, la parotide et la plèvre.“ Die Art der Nierenentzündung ist seiner Ansicht nach die parenchymatöse, seltener die suppurative.

Zu einem ähnlichen Ergebniss kommen Balzer und Souplet[6.7]) in verschiedenen Arbeiten, die sie in den Jahren 1891 und 92 veröffentlichten. Auf diese Arbeiten will ich im folgenden näher eingehen, da sie

die ersten sind, in denen über die Pathologie und Häufigkeit der Erkrankung Genaueres angegeben ist. Es wurden im ganzen 429 Patienten beobachtet, hierbei fanden die beiden Autoren 99mal Albuminurie, d. h. in 23 % der Fälle. Aus dieser Zahl wurden alle Kranken, die gleichzeitig sekundäre Lues hatten, und alle Albuminurien, die nur 3—4 Tage dauerten und keine weiteren klinischen Symptome zeigten, ausgeschlossen. Es waren dies 45, daher bleiben für die kritische Betrachtung 54 (d. h. 12 %) übrig; von diesen hatten:

Gonorrhoe mit Hodenentzündung	36
Einfache Gonorrhoe	9
Gonorrhoe mit Hoden- und Blasenentzündung	6
Gonorrhoe mit Blasenentzündung	3

Nach den Symptomen unterschieden Balzer und Souplet:

1. leichte Albuminurie: 17 Fälle von sechs- bis siebentägiger Dauer, 18 Fälle, die 18—22 Tage dauerten und meist mit Epididymitis kompliciert waren.

2. schwere Albuminurie (10 Fälle, darunter keiner mit Cystitis). Die Affektion beginnt plötzlich mit Appetitlosigkeit, belegter Zunge (état gastrique), geistiger und körperlicher Prosternation, hohem Fieber (39°), Kopf- und Gliederschmerzen, Blässe. Oedeme bestehen nicht; in den schwersten Fällen sind die Hoden geschwollen, doch nicht besonders schmerzhaft, das hohe Fieber dauerte meist länger als die komplicierende Orchitis. Zweimal traten gegen Ende der Erkrankung profuse Schweisse auf. Die Albuminurie setzte an einigen Tagen aus, um am nächsten Tage wieder zu erscheinen.

Der Gesamteindruck war der einer Infektionskrankheit, besonders da in den metastatischen Fällen

keine Cystitis vorhanden war. Eine besondere Form ist die viel seltenere Albuminurie bei ascendierender Ureteropyelonephritis. Die Allgemeinsymptome sind den obigen ähnlich, aber weniger intensiv.

Nach der Pathogenese werden die Albuminurieen in vier Gruppen gesondert:

a. Albuminurie infolge zweifelloser Cystitis und Ureteropyelonephritis.

b. Die Cystitis ist nicht deutlich ausgesprochen, aber wahrscheinlich. Die Eiweissausscheidung dauert bei Ruhe und Milchdiät nur einige Tage.

c. Die Albuminurie meist mit Epididymitis, stets ohne Cystitis, bisweilen auch ohne Epididymitis. Es ist dies die intensivste Form mit lange Zeit bestehenden Allgemeinerscheinungen, sie repräsentiert die Tripperallgemeinfektion par excellence.

d. Albuminurie mit Epididymitis und gleichzeitiger Pyelonephritis; bei diesen Fällen entsteht die Allgemeininfektion aus doppelter Ursache.

Die Balsamica schliessen B. und S. als Ursache der Albuminurie aus, da die meisten Kranken, ohne vorher behandelt zu sein, ins Hospital kamen. Ja, einige mit Albuminurie bekamen Balsamica, und während des Gebrauchs verschwand die Albuminurie sogar trotz eines bezüglichen Erythems.

Betreffs der Pathogenese erwähnt Balzer, dass der Gonococcus Toxine ausscheiden kann, die in den allgemeinen Kreislauf aufgenommen, in den Nieren festgehalten werden und hier eine Veränderung des Epithels hervorrufen. Souplet[8]) dagegen hält eventuell auch andere Mikroorganismen für die Ursache der Komplikation. Er sagt darüber: „Toutes les complications attribuées à la blennorrhagie ne sont pas dues au gonococcus; il est probable que ces compli-

cations sont dues souvent aux microbes qui l'accompagnent. Mais, d'autre part, il n'est nullement démontré que tous les accidents observés au cours de la blennorrhagie soient forcement para-blennorrhagiques; il n'est davantage démontré que les complications de la blennorrhagie ne puissent, pour une grande partie, relever de l'infection générale.

Aus ihren Untersuchungen ziehen Balzer und Souplet folgende Schlüsse: „L'albuminurie est frequente. Bien que les blennorrhagiques qu'il nous est donné d'observer à l'hôpital soient peut-être un peu plus graves que pour la moyenne des malades de la ville, cette frequence est plus grande que nous l'avons dit précédement et justifie de plus en plus pue nous avons avancé de la nécessité de faire plusieurs fois l'examen de l'urine pendant la blennorrhagie."

An diese Arbeiten schliesst sich die erst im vorigen Jahre erschienene These von Stojantschoff[8]) eng an. Auch St. nimmt zwei Formen der Nierenentzündung an: die durch aufsteigende Entzündung entstandene Ureterocystopyelonephritis und die durch eine Allgemeininfektion hervorgerufene metastatische Nephritis. Die Prognose beider ist im allgemeinen günstig, sie wird nur verschlimmert, wenn Oedeme und Anasarka bestehen, dann kann die Albuminurie leicht chronisch werden.

Für die Statistik ist noch die Arbeit von Gérard[9]) von Wichtigkeit. Gérard fand unter 108 Gonorrhoeen 16 mal Albuminurie (= 15 %). Zehnmal war die Gonorrhoe mit Epididymitis kompliciert.

Ebenso fand Colombini[10]) bei 372 Gonorrhoeen 66 mal Albuminurie (d. h. 18 %); 72 Kranke hatten zu gleicher Zeit Epididymitis und von diesen 72 hatten 42 Albuminurie (d. h. fast 59 %).

Auf einen wesentlich andern Standpunkt als die letzten Autoren stellt sich Roche[11]). Auch er giebt zwar zu, dass Albuminurie bei Gonorrhoe vorkommt (nach seinen Untersuchungen sogar in 7 % der Fälle), doch sei die Eiweissmenge nur gering, die Affektion gehe schnell vorüber, ohne Spuren zu hinterlassen und ohne das Allgemeinbefinden zu verschlechtern. Daher genüge für ihn die Anwesenheit des Eiweisses im Urin nicht, um eine Nierenaffektion anzunehmen.

In Deutschland hat man sich, wie ich schon erwähnte, weniger mit der Albuminurie bei Gonorrhoe beschäftigt; die wichtigste Arbeit, die sich mit dieser Frage befasst, ist die von Goldberg[12]). G. ist derselben Ansicht wie Balzer und Souplet; auch für ihn giebt es zwei Arten der Nierenerkrankung:

1. die ascendierende Cystopyelonephritis blennorrhoica, die in akuter Form auf der Akme der akuten Gonorrhoe oder in schleichender Entwicklung vorkommt. — Die akute Form beginnt nach Fürbringer[13]) bei bestehender Cystitis mit einem durch Schüttelfröste eingeleiteten Fieber, heftigen einseitigen Nierenschmerzen und dauert nur einige Tage. — Bei der schleichenden Form besteht Polyurie, der Urin ist blass und hellgelb, trüb und sedimentreich, ausserdem bestehen einseitige, genau auf die Niere lokalisierte dauernde und heftige Schmerzen mit Darmstörungen.

2. Die durch blennorrhoische Allgemeininfektion entstandene Nierenerkrankung. — Bei den mittelschweren Fällen besteht allgemeine Abgeschlagenheit, Kopf-, Kreuz- und Gliederschmerzen, Appetitlosigkeit bei trockener Zunge. Der Ausgang in Heilung erfolgt nach 2–4 Wochen. — Die schwersten Formen unterscheiden sich in nichts von der acuten oder subacuten infectiösen Nephritis. — Die metastatische Form ist

viel häufiger als die aufsteigende; sie bildet wohl $^5/_6$ der Fälle.

Die Angaben von Balzer bestätigt auch Werther[14]) durch eigne Untersuchungen in einem in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden gehaltenen Vortrag.

Andere ätiologische Momente stellt Finger[15]) in seinem Werke: „Die Blennorrhoe der Sexualorgane und ihre Komplikationen" in den Vordergrund. Für ihn ist die Ursache der Albuminurie nicht eine Gewebsveränderung in der Niere, sondern lediglich der Harndrang. Dieser ist mit krampfhaftem Harnleiterverschluss verbunden, durch den Harnrückstauung entsteht. Diese Harnrückstauung erzeugt eine relative Abnahme des sekretorischen Druckes in der Niere, dies wiederum nach Runeberg's Theorie Albuminurie.

Der Harndrang wurde als Ursache der Albuminurie auch von Jadassohn[16]) auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Frankfurt a. M. 1896 angeführt. J. giebt als Beweis hierfür an, dass mitunter unmittelbar nach dem Gebrauch von Narcoticis die Eiweissausscheidung verschwindet.

Auf derselben Versammlung erwähnt auch Mankiewicz[16]), dass er bei 44 ersten, akuten, unbehandelten Gonorrhoen 14mal Eiweiss gefunden habe. Die Albuminurie sei teils reflektorischer, teils febriler Natur.

Wie aus dieser Litteraturübersicht hervorgeht, divergieren die Anschauungen über die Häufigkeit und über die Natur der Albuminurie bei Gonorrhoe recht erheblich. Es dürfte deshalb von Interesse sein, noch einmal an der Hand einer grösseren Zahl von Fällen die Fragen zu erörtern:

1) wie häufig ist die Albuminurie im Verlauf des Trippers und

2) welcher Ursache verdankt sie ihre Entstehung?

Auf Anregung des Herrn Professor Lesser habe ich das Krankenmaterial der Syphilisklinik der Charité und der Universitätspoliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten nach dieser Richtung in den Monaten Juli bis Dezember 1897 untersucht.

Ueber die Art der Untersuchung schicke ich folgendes voraus:

Es wurde nie der Morgenurin benutzt, da ja der beim Erwachen gelassene Urin selbst von Nierenkranken oft eiweissfrei ist, sondern stets die zweite Portion vom Tagesurin; diese wurde dreimal filtriert, fand sich Albumen, so wurde der Harn centrifugiert, dann filtriert und noch einmal auf Eiweiss geprüft; war jetzt noch reichliche Albuminurie nachzuweisen, so wurde eine mikroskopische Untersuchung auf Nierencylinder ausgeführt.

Zum Nachweis von Albumen benutzte ich, um mich vor Irrtümern zu schützen, zwei Proben, und zwar die Probe mit Essigsäure und Kalium ferrocyanatum in 10 % Lösung und die Kochprobe mit nachherigem Zusatz von Salpetersäure. Reichlichen Eitergehalt stellte ich fest nach dem mikroskopischen Präparat oder mit Hülfe der Donné'schen Eiterprobe, die darin besteht, dass der eiterhaltige Urin durch Zusatz von Kalilauge transparent wird. Den albumenhaltigen Urin untersuchte ich ferner nach Heller auf Blut, indem ich dem Harn $^1/_3$ seines Volumens Kalilauge zusetzte und dann erwärmte; bei Anwesenheit von Blut bildet sich ein rotbrauner Niederschlag. Zum quantitativen Nachweis von Albumen diente der Essbachsche Albumimeter.

In dieser Weise untersuchte ich 155 Gonorrhöen, und zwar 100 aus der Syphilisklinik der Charité und 55 aus der Universitätspoliklinik für Haut- und Ge-

schlechtskrankheiten, ohne zunächst auf irgend eine Komplikation Rücksicht zu nehmen.

Patienten, die keine Albuminurie zeigten, untersuchte ich zweimal; die übrigen, so oft ich konnte. Dabei stellte ich folgende Tabellen auf:

A. Patienten, die keine Albuminurie zeigten.

B. Solche, bei denen eine ganz geringe Eiweissmenge vorhanden war, die dem Eiter- bez. Blutgehalt entsprach und somit keine wirkliche Albuminurie darstellte. Die Fälle bezeichnete ich nach Goldberg[12]) als Albuminuria spuria.

C. Uebergangsfälle: bei diesen Kranken fand sich Eiweiss, das an Menge vielleicht grösser war, als dem Eitergehalt entsprach, wobei jedoch mit dem Essbachschen Albumimeter gemessen, nur Spuren und kein messbares Resultat sich ergab.

D. Zu dieser Kategorie gehören alle Patienten, bei denen eine, nach Essbach bestimmt, messbare Menge Albumen vorhanden war. (Albuminuria vera.)

Von den zu C. und D. gehörigen Albuminurien suchte ich dann im folgenden festzustellen, inwieweit der pathologische Eiweissbefund in Beziehung zur Gonorrhoe stand oder sich durch andere Ursachen erklären liess.

I Charité.

A. (Keine Albuminurie.)

Nr.	Name	Art der Gonorrhoe	Complication
1	O.	Gon. chron. post.	Cystitis
2	St.	Gon. ac. post.	—
3	P.	Gon. chron. post.	Cystitis
4	Sch.	Gon. ac. post.	Epididymitis
5	F.	Gon. ac. post.	Epididymitis
6	G.	Gon. ac. post.	Paraphimose
7	H.	Gon. ac. post.	Epididymitis
8	F.	Gon. ac. ant.	Epididymitis
9	Sch.	Gon. ac. post.	Balanitis
10	L.	Gon. ac. ant.	Balanitis. Lues. Bubo
11	W.	Gon. ac. ant.	Lues. Ulcus molle. Bubo
12	L.	Gon. chron. post.	Epididymitis
13	St.	Gon. ac. post.	Epididymitis
14	P.	Gon. chron. post.	Ulcus durum. Paraphimose
15	B.	Gon. ac. post.	—
16	K.	Gon. ac. post.	Lues
17	R.	Gon. ac. ant.	Phimose
18	W.	Gon. ac. post.	Paraphimose
19	W. P.	Gon. ac. post.	—
20	Sch.	Gon. subchron. ant.	Phimose. Balanitis
21	R.	Gon. ac. ant.	Epididymitis
22	K.	Gon. ac. post.	Ulcera mollia
23	B.	Gon. ac. ant.	Epididymitis
24	H.	Gon. chron. post.	Bubo. Ulcus molle
25	F. H.	Gon. subchron. ant.	Lues
26	E. W.	Gon. ac. ant.	—
27	H. M.	Gon. ac. post.	Lues
28	B.	Gon. ac. post.	Ulcus molle. Bubo
29	H.	Gon. ac. post.	Epididymitis
30	H.	Gon. ac. post.	Phlegmone des Scrotums
31	B. G.	Gon. ac. ant.	Bubo
32	R. K.	Gon. ac. post.	Epididymitis
33	W. T.	Gon. ac. ant.	—
34	H.	Gon. chron. post.	Cystitis
35	R.	Gon. chron. post.	Cystitis
36	J. O.	Gon. chron. post.	—

Nr.	Name	Art der Gonorrhoe	Complication
37	J. M.	Gon. chron. post.	Lues
38	H.	Gon. chron. ant.	—
39	W.	Gon. ac. ant.	Ulcera mollia
40	W. Sch.	Gon. ac. ant.	—
41	G. B.	Gon. chron. ant.	—
42	W. R.	Gon. ac. ant.	Lues
43	W.	Gon. ac. post.	Epididymitis
44	K.	Gon. ac. post.	Cystitis
45	Sch.	Gon. ac. post.	Cystitis
46	M. K.	Gon. ac. post.	Ulcus durum
47	D.	Gon. ac. post.	Epididymitis
48	O. M.	Gon. ac. post.	Epididymitis
49	H. D.	Gon. ac. post.	Epididymitis
50	P. L.	Gon. ac. post.	—
51	L.	Gon. chron. post.	Lues
52	P.	Gon. ac. post.	Epididymitis
53	R.	Gon. ac. ant.	Cystitis
54	P.	Gon. chron. post.	Cystitis
55	H. S.	Gon. ac. post.	Arthritis gonorrh. Lues
56	B.	Gon. ac. post.	Epididymitis
57	F.	Gon. ac. post.	Epididymitis
58	R. K.	Gon. ac. post.	—
59	W.	Gon. chron. post.	—
60	B.	Gon. ac. post.	Cystitis
61	U.	Gon. ac. post.	—
62	F.	Gon. ac. post.	Ulcera mollia
63	M.	Gon. ac. ant.	Epididymitis

B. Albuminuria spuria.

64	W.	Gon. ac. post.	Epididymitis
65	N.	Gon. ac. post.	Cystitis
66	R. B.	Gon. ac. post.	Phtirii
67	S.	Gon. chron. post.	Ulcus molle
68	Z.	Gon. chron. post.	Lues
69	F. S.	Gon. ac. post.	Bubo
70	K. P.	Gon. ac. post.	Arthrit. gon. Ulcera moll.
71	R. L.	Gon. ac. ant.	Ulcus durum
72	N.	Gon. chron. post.	Cystitis. Lues
73	L.	Gon. ac. post.	Lues

Nr.	Name	Art der Gonorrhoe	Complication
74	W. Sch.	Gon. ac. post.	—
75	K. V.	Gon. ac. post.	—
76	W. D.	Gon. ac. ant.	—
77	M. J.	Gon. ac. post.	Cystitis
78	G. Z.	Gon. ac. ant.	Epididymitis
79	F.	Gon. ac. ant.	Epididymitis
80	E.	Gon. chron. ant.	—
81	H. Sch.	Gon. ac. post.	—
82	K.	Gon. ac. post.	Epididymitis

C. Uebergangsfälle.

83	N.	Gon. chron. post.	Epididymitis
84	B.	Gon. ac. ant.	Epididymitis
85	B.	Gon. ac. post.	Lues
86	E. R.	Gon. ac. ant.	Bubo. Lues
87	L.	Gon. chron. post.	Stomatitis
88	R.	Gon. ac. post.	Cystitis
89	R.	Gon. ac. post.	—
90	P.	Gon. ac. ant.	Epididymitis
91	T.	Gon. ac. ant.	Epididymitis
92	H. H.	Gon. ac. post.	Ulcera mollia. Bubo
93	R.	Gon. chron. post.	—
94	K.	Gon. ac. post.	Epididymitis
95	P.	Gon. subchron. post.	—

D. Albuminuria vera.

96	E.	Gon. chron. ant.	Arthritis gonorrh.
97	H.	Gon. ac. post.	Phimose Arthritis gonorrh. Spermatocystitis
98	F. W.	Gon. chron. post.	Balanitis, Oedem d. Praeput.
99	H.	Gon. ac. post.	Epididymitis
100	O. B.	Gon. ac. ant.	Epididymitis

II. Poliklinik.

A. Keine Albuminurie.

101	F.	Gon. ac. ant.	—
102	G.	Gon. chron. ant.	—

Nr.	Name	Art der Gonorrhoe	Complication
103	H.	Gon. ac. post.	—
104	G.	Gon. ac. ant.	—
105	G.	Gon. subchron. post.	Cystitis.
106	L.	Gon. chron. ant.	Ulcera moll. Chancre mixte
107	H.	Gon. ac. ant.	Lues
108	R.	Gon. chron. ant.	Bubo
109	K.	Gon. ac. ant.	—
110	W.	Gon. ac. post.	—
111	J.	Gon. subchron. ant.	Cystitis
112	E.	Gon. chron. post.	—
113	J.	Gon. ac. post.	—
114	K. Sch.	Gon. chron. ant.	—
115	Sch.	Gon. chron. post.	—
116	L.	Gon. chron. ant.	—
117	C.	Gon. chron. ant.	—
118	M.	Gon. ac. post.	—
119	Sch.	Gon. chron. post.	—
120	W.	Gon. ac. post.	—
121	F.	Gon. subchron. post.	—
122	A. Sch.	Gon. ac. ant.	—
123	H.	Gon. ac. post.	Epididymitis
124	Sch.	Gon. chron. ant.	—
125	V.	Gon. ac. post.	—
126	K.	Gon. subchron. ant.	—
127	L.	Gon. chron. post.	—
128	A.	Gon. chron. ant.	—
129	N.	Gon. ac. post.	—
130	R.	Gon. subchron. ant.	Cystitis
131	W.	Gon. chron. ant.	—
132	S.	Gon. chron. ant.	—
133	H.	Gon. chron. ant.	Cystitis
134	K.	Gon. ac. ant.	—
135	W.	Gon. ac. ant.	—
136	Z.	Gon. ac. post.	—
137	K.	Gon. ac. ant.	—
138	Z.	Gon. subchron. ant.	—
139	R.	Gon. subchron. ant.	—

B. Albuminuria spuria.

Nr.	Name	Art der Gonorrhoe	Complication
140	M.	Gon. chron. ant.	—
141	B.	Gon. chron. post.	Epididymitis
142	E. B.	Gon. ac. post.	—
143	Sch.	Gon. ac. post.	Cystitis
144	M.	Gon. ac. post.	—
145	W.	Gon. subchron. ant.	Epididymitis
146	B.	Gon. ac. ant.	—
147	P.	Gon. ac. post.	—
148	B.	Gon. ac. post.	—
149	S.	Gon. subchron. post.	Cystitis
150	B.	Gon. ac. post.	—
151	J.	Gon. ac. post.	Cystitis

C. Uebergangsfälle.

152	S. K.	Gon. ac. ant.	Lues. Oedem d. Präepurt.
153	H. V.	Gon. ac. post.	Ulcus molle. Bubo
154	H. F.	Gon. ac. post.	Cystitis

D. Albuminuria vera.

155	P. T.	Gon. chron. ant.	Epididymitis

Im folgenden gehe ich nun auf die sub C und D gehörigen Fälle näher ein.

83 N.

Kellner, 19 Jahre alt, aufgenommen am 21. 9. 1897.

Anamnese: N. hatte schon 1895 Tripper. Die jetzige Affektion besteht seit Anfang dieses Jahres und wurde mit Einspritzungen ärztlich behandelt. L. C. Mitte Mai; seit 12. 9. Anschwellung des Hodens.

Befund: Spärliches Sekret aus der urethra, in dem Gc nachgewiesen werden, rechte Epididymis ist ge-

schwollen und schmerzhaft. Die Zweigläserprobe ergiebt: beide Portionen trübe.

Behandlung: 21. 9. Bettruhe, Ol. Santali, Eisumschläge.

25. 9. Ichthyol.

Am 5. 10. wird N. gebessert entlassen.

Albumenuntersuchung: 22. 9. Der trübe Urin ist stark eiter- und bluthaltig, Eiweiss lässt sich ziemlich reichlich nachweisen, doch ist die quantitative Messung nicht möglich.

25. 9. Urin noch stark eiterhaltig, Blut ist geschwunden, Eiweissgehalt sehr gering, höchstens der Eitermenge entsprechend.

30. 9. Kein Eiweiss vorhanden.

Erklärung: N. zeigte nur einmal reichliche Albuminurie, die allerdings bei dem sehr eiter- und bluthaltigen Urin durch das Sanguis und Pus hervorgerufen sein könnte, zumal die quantitative Messung negativ ausfiel. Eventuell ist auch in Betracht zu ziehen, ob hier das Ol. Santali nicht vielleicht in ursächlicher Beziehung zur Albuminurie stand, zumal nach Weglassen des Mittels (am 25. 9.) die Eiweissmenge bedeutend abnahm. Auf die Bedeutung der Medikation komme ich später ausführlicher zu sprechen.

84 B.

Anamnese: 22 Jahr alt, Bäcker, aufgenommen 6. 11. B. will früher nie krank gewesen sein. LC. 3. 10. Etwa 4 Tage später Ausfluss aus der urethra, die B. mit Einspritzungen selbst behandelte. Seit 2. 11. Hodenentzündung rechts.

Befund: Aus der urethra kommt geringer schleimigeitriger Ausfluss, in dem spärliche Gc. nachgewiesen werden. Es besteht ferner Epididymitis rechts. Die Zweigläserprobe ergiebt: Portion I trübe, II klar.

Behandlung: 6. 11. Ol. Santali 3mal tgl. 15 Trpf. Hochlagerung des Hodens, Eisbleiwasserumschläge.
12. 11. Ichthyoleinpackung.
15. 11. Geheilt entlassen.

Albumenuntersuchung: 8. 11. Urin ziemlich klar, Eiter sehr reichlich, Blut überhaupt nicht vorhanden, Albuminurie ziemlich intensiv, doch durch den Albumimeter quantitativ nicht bestimmbar.
15. 11. Urin ist klar, Albuminurie vollständig geschwunden.

Erklärung: Auch hier ist wohl das Ol. Santali die Ursache der Eiweissausscheidung, da am 12. 11., als man das Mittel wegliess, die Albuminurie aufhörte. Auch auf diesen Fall will ich später noch einmal zurückkommen.

85 B.

24 Jahre alt, Schlosser, aufgen. 13. 12. 97.

Anamnese: Schon im Jahre 1893 Tripper, der mit Ol. Santali und Einspritzungen in 3 Monaten geheilt wurde. Im Juni 1897 acquirierte B. einen Schanker und Tripper, er wurde in der Charité mit Circumcision, Jodoformpulver und Sandelöl behandelt und nach 2 Monaten als geheilt entlassen. — L. C. etwa 20. 11. 97, drei Tage später bemerkte B. eitrig-schleimigen Ausfluss aus der urethra, den er selbst mit Sandelöl behandelte.

Befund: Eitriger Ausfluss aus der urethra, in dem Gc. nachgewiesen werden. Die Zweigläserprobe ergiebt: beide Portionen trübe.

Behandlung: 13. 12. Bettruhe, Ol. Santali 3mal tägl. 15 Trpf., Wildunger, ferner Einspritzung von

Airol 2,0
Glycerin 15,0
Aq. destill. 5,0

Vom 14. 12. bis 26. 12. noch 4 weitere Airolspritzen.

Am 28. 12. wird B. geheilt entlassen.

Albumenuntersuchung: 14. 12. Der Urin enthält reichlich Eiter, etwas Sanguis, der Eiweissgehalt ist ziemlich stark, doch quantitativ nicht bestimmbar.

28. 12. Der Urin ist eiweissfrei.

Erklärung: Albuminurie zeigte sich nur an einem Tage, an dem Patient Ol. Santali erhielt; als er Sandelöl nicht mehr bekam, verlor sich der überhaupt nicht sehr grosse Eiweissgehalt. Auch auf diesen Fall komme ich noch einmal zurück.

86 R.

30 Jahr alt, aufgenommen 30. 7. 97.

Anamnese: Pat. war früher nie geschlechtskrank. L. C. vor drei Wochen, acht Tage später bemerkte R. ein Geschwür auf der Vorhaut und Ausfluss aus der Harnröhre, wozu 8 Tage später Anschwellung der linken Leistendrüse kam; er wurde ärztlich mit einer weissen Salbe behandelt, Harndrang bestand nicht, auch keine Schmerzen beim Urinieren. Seit drei Tagen leidet er nachts an heftigen Kopfschmerzen.

Befund: Aus der urethra kommt ein eitriges Sekret, in dem Gonokokken gefunden werden; am oberen, inneren Praputialblatt findet sich eine Ulceration mit infiltriertem Grunde; links besteht ein hühnereigrosser fluktuierender Bubo. Die Cervical-Submaxillar- und Submentaldrüsen sind geschwollen; Allgemeinerscheinungen, die auf Lues deuten, sind nicht vorhanden. Die Zweigläserprobe ergiebt: Portion I trübe, II klar.

Behandlung: 30. 7. Ol. Santali 3 mal tgl. 15 Tropf., auf das ulcus wird Jodoform gestreut. Am

2. 8. wird die Operation des Bubo nach Lang ausgeführt, am

19. 8. wird der Bubo breit incidiert, die Wunde zeigt gute Granulation.

R. wurde am 16. 9. auf seinen Wunsch entlassen.

Albumenuntersuchung: 31. 7. Urin ziemlich klar, es findet sich kein Albumen.

3. 8. Urin klar, enthält viele Fäden, Eiweiss ist ziemlich intensiv nachweisbar, doch giebt Essbach's Albumimeter keine messbare Menge.

7. 8. Urin klar, Eiweiss ist noch vorhanden, doch bedeutend weniger als am 3. 8.

3. 9. Urin klar, höchstens noch geringe Spur Eiweiss nachzuweisen.

10. 9. Kein Albumen im klaren Urin.

Erklärung: Pat. zeigte eine deutliche Albumenreaktion am 3. 8. und 7. 8., doch nicht soviel, um die Menge quantitativ bestimmen zu können. Diese Albuminurie kann eventuell auf Gonorrhoe allein zurückzuführen sein, immerhin darf die Komplikation eines vereiterten Bubo und die Applikation von Ol. Santali nicht ausser Acht gelassen werden.

87 L.

24 Jahre alt, Schlosser, aufgenommen 1. 9.

Anamnese: L. hatte schon 1893 und 96 Tripper, seit dieser Zeit hat sich der Ausfluss nie ganz verloren; seit 6 Wochen ist er bedeutend stärker geworden. L. C. angeblich Juni 1896. In der letzten Zeit wurde L. mit Einspritzungen in die urethra ärztlich behandelt. Seit 4 Tagen hat er Schmerzen und ein Geschwür im Halse und Kopfschmerzen.

Befund: Aus der urethra kommt ein schleimiger Ausfluss, in dem Gc. spärlich gefunden werden. Die Submaxillar- und Submentaldrüsen sind stark ge-

schwollen, ferner hat L. eine Stomatitis und besonders in der Umgebung der oberen und unteren hinteren rechten Backenzähne eine Ulceration; die Tonsillen sind stark gerötet. — Nach der Zweigläserprobe sind beide Portionen trübe.

Behandlung: 2. 9. Ol. Santali; Irrigationen.

Am 23. 9. wird L. geheilt entlassen.

Albumenuntersuchung: 3. 9. Im ziemlich klaren Urin ist eine Spur Albumen und Sanguis nachweisbar.

7. 9. Urin ist trübe, eiweissfrei.

11. 9. Im trüben Urin, höchstens Spur Albumen.

14. 9. Urin ziemlich klar, die Albuminurie ist stärker geworden, doch lässt sich die Eiweissmenge nicht messen.

18. 9. Die Albuminurie hat abgenommen.

22. 9. Im klaren Urin ist kein Eiweiss mehr vorhanden.

Erklärung: Auf diesen wie auf alle ähnlichen Fälle, in denen das Ol. Santali als Ursache der vielleicht pathologischen Eiweissausscheidung in Betracht zu ziehen ist, komme ich später noch einmal zurück. (cfr. Fall. 83.)

88 R.

23 Jahr alt, Bäcker, aufgenommen am 8. 9. 97.

Anamnese: R. litt im Jahr 1895 an „Lungenbluten", in demselben Jahre acquirierte er eine Gonorrhoe, die nach 3 Monaten durch Einspritzungen geheilt wurde. — L. C. 30. 8, einige Tage später bemerkte er einen eitrigen Ausfluss aus der Harnröhre, er hatte heftige Schmerzen beim Urinieren und starken Harndrang, der auch jetzt noch besteht.

Befund: Eitriger Ausfluss aus der urethra, in dem Gc gefunden werden. Die Zweigläserprobe ergiebt: beide Portionen trübe.

Behandlung: 9. 9. Ol. Santali und Protargol.

R. wurde am 24. 9. geheilt entlassen.

Albumenuntersuchung: 10. 9. Der Urin enthält sehr viel Eiter und Blut, auch ziemlich reichlich Eiweiss, das sich quantitativ nicht bestimmen lässt. Im mikroskopischen Präparat sieht man sehr viel Eiterkörperchen, keine Cylinder.

11. 9. Eiter-, Blut- und Eiweissgehalt unvermindert.

15. 9. Eiter noch reichlich vorhanden, kein Blut, Eiweiss nur noch in sehr geringer Spur.

18. 9. Kein Eiweiss, ebenso 20. 9.

Erklärung: cfr. 87.

89 R.

Buchbinder, 22 Jahre alt, aufgenommen 19. 8.

Anamnese: R. hatte schon im Jahre 1895 und 1896 Tripper. LC. vor 6 Wochen, einige Tage später Ausfluss aus der Harnröhre, der ärztlich mit Einspritzungen behandelt wurde. Es bestehen keine Schmerzen und kein Harndrang.

Befund: Aus der urethra kommt ein eitriges Sekret, in dem Gc. nachgewiesen werden; die Inguinaldrüsen sind etwas vergrössert, aber nicht schmerzhaft. Die Zweigläserprobe ergiebt: beide Portionen trübe.

Behandlung: 20. 8. Ol. Santali 3mal tägl. 15 Trpf., Irrigationen, Bromkali wegen häufig eintretender Pollutionen.

R. wurde am 27. 8. auf seinen Wunsch entlassen.

Albumenuntersuchung: 20. 8. Im trüben Urin findet sich Albumen, doch nicht in messbarer Menge; keine Haematurie.

24. 8. Der Albumengehalt hat stark zugenommen Blut ist nicht nachweisbar; im mikroskopischen

Präparat finden sich sehr viele Eiterkörperchen, doch keine Cylinder- oder Nierenepithelien. Essbachs Albumimeter ergiebt keine messbare Menge.

27. 8. Der Urin ist wiederum stark eiterhaltig, wie sich aus der Donnéschen Probe und einem mikroskopischen Präparat ergiebt; der Eiweissgehalt ist etwas geringer geworden, so dass er wohl der Eitermenge entsprechend bezeichnet werden kann.

Erklärung: Patient zeigt bei allen 3 Untersuchungen Albuminurie, die entschieden zwischen der physiologischen und pathologischen steht; leider konnte ich L. nicht länger beobachten, da er auf seinen Wunsch entlassen wurde, ehe seine Affektion geheilt war.

90 P.

Bierkutscher, 26 Jahre alt, aufgenommen am 5. 11.

Anamnese: P. ist früher nie krank gewesen. L.C. am 14.10. Drei Tage später bemerkte Patient Ausfluss aus der Harnröhre, den er selbst mit Einspritzungen behandelte; seit 4. 11. Hodenentzündung links.

Befund: Reichlicher eitrig-schleimiger Ausfluss aus der urethra, in dem sich Gc. nachweisen lassen. Es besteht starke Schwellung und Entzündung des linken Samenstranges und Nebenhodens. Die Zweigläserprobe ergiebt Portion I trübe, II klar.

Behandlung: 5. 11. Hochlagerung des Hodens, Eisbleiwasserumschläge; Ol. Santali 3mal tägl. 15 Trpf.

12. 11. Ichthyoleinpackung.

13. 11. Ausspritzen der Harnröhre mit abgekochtem Wasser. Jodoformstäbchen.

17. 11. Kleines Geschwür an der Spitze der urethra, aus dem sich Eiter entleert, in dem Eiter können einige Bakterien, aber keine Gonokokken nachgewiesen werden.

P. wird am 22. 11. geheilt entlassen.

Albumenuntersuchung: 8. 11. Urin sehr stark eiterhaltig, auch Blut lässt sich nachweisen, Albuminurie ziemlich intensiv, doch quantitativ nicht messbar.

15. 11. Kein Albumen.

17. 11. Urin ziemlich klar, sehr hochgestellt, es findet sich sehr reichlich Sanguis und Albumen, doch auch hier keine quantitativ bestimmbare Menge.

20. 11. Albuminurie nicht mehr vorhanden.

Erklärung: Patient zeigte an 2 Tagen Eiweiss. Zu erklären ist die zweite Eiweissmenge eventuell durch den reichlichen Blutgehalt; wegen der ersten vergleiche man die Bemerkungen über Ol. Santali auf Seite 45.

91 T.

21 Jahre alt, Arbeiter, aufgenommen 22. 11. 97.

Anamnese: T. will früher nie krank gewesen sein. L.C. 2. 11., etwa 6 Tage später Ausfluss aus der Harnröhre, der ärztlich mit Sandelölkapseln behandelt wurde. Seit 17. 11. Schwellung im rechten Hoden.

Befund: Aus der urethra kommt eitrig-schleimiger Ausfluss, in dem sehr zahlreiche Gc. gefunden werden. Die Zweigläserprobe ergiebt Portion I trübe, II klar. Schwellung und Entzündung des rechten Nebenhodens und Samenstranges.

Behandlung: 22. 11. Abführmittel, Eisbleiwasserumschläge, Hochlagerung des Hodens, Ichthyoleinpackung.

7. 12. Funiculitis rechts, daher Eisbleiwasserumschläge.

22. 12. Die Schmerzen im Samenstrang haben aufgehört.

Am 30. 12. wird T. geheilt entlassen.

Temperaturkurve: s. Anhang, Tabelle III.

Albumenuntersuchung: 23. 11. Der Urin enthält

sehr viel Eiter und Blut. Der Albumengehalt ist ziemlich bedeutend, lässt sich jedoch durch den Albumimeter nicht quantitativ bestimmen. Unter dem Mikroskop sieht man zahlreiche Eiterkörperchen, keine Cylinder.

29. 11. Der Eiter und Blutgehalt haben abgenommen, Eiweiss höchstens diesem entsprechend.

6. 12. Keine Albuminurie.

9. 12. Dasselbe Resultat.

Erklärung: Die Albuminurie war jedenfalls durch das Fieber verursacht, da bei normaler Temperatur die Eiweissausscheidung verschwunden war.

92 H. H.

23 Jahr alt, aufgen. 3. 9. 97.

Anamnese: Im März 96 hatte Patient Schanker, Tripper und Hodenentzündung. L. C. vor 6 Tagen, 3 Tage später bemerkte H. mehrere Geschwüre an der Eichel und Vorhaut und wurde ärztlich mit Jod behandelt. Seit derselben Zeit Anschwellung der rechten Leistendrüsen.

Befund: Am innern Praputialblatt und sulcus coronarius zahlreiche kleine ulcera mollia; Inguinaldrüsen links schmerzhaft, rechts besteht ein taubeneigrosser, fluktuierender Bubo.

7. 9. Aus der urethra kommt ein eitriger Ausfluss, in dem Gc. gefunden werden. Die Zweigläserprobe ergiebt: beide Portionen trübe.

Behandlung: 4. 9. Umschläge mit vin. camphoratum, Alkoholdruckverband links. Am

6. 9. wird Jodoform auf die ulcera gestreut und in den rechten Bubo Hydrargyrum benzoicum injiciert. Wegen der am 7. 9. auftretenden Gonorrhoe bekommt Pat. 3mal tägl. 15 Tropf. Ol. Santali, am 12. 9. wird dieses Mittel ausgesetzt.

Am 20. 9. wird H. gebessert entlassen.

Albumenuntersuchungen: 7. 9. Der stark eiter- und bluthaltige Urin zeigt höchstens soviel Albumen, als der Eiter- und Blutmenge entspricht.

10. 9. Der Urin enthält immer noch viel Eiter und Blut, doch ist die Eiweissmenge sehr intensiv geworden.

14. 9. Eitermenge hat bedeutend abgenommen, Blut und Eiweiss ist nicht mehr vorhanden.

18. 9. Keine Albuminurie.

Erklärung: In diesem Falle ist neben dem Hydrargyrum benzoicum, das in den Bubo injiciert wurde, wiederum Ol. Santali eventuell für die Genese der Albuminurie in Betracht zu ziehen.

93 R.

20 Jahr alt, Mechaniker, aufgen. 4. 12.

Anamnese: Pat. machte im Jahre 1887 eine Nierenkrankheit und Wassersucht durch, über den Charakter der Nierenerkrankung weiss er nichts mehr anzugeben. Im Juni 1896 bekam R. einen Tripper, der ärztlich mit Einspritzungen behandelt wurde, jedoch nicht ganz verheilte; im März 1897 kam eine linksseitige Hodenentzündung hinzu; deswegen liess er sich in das Marinehospital zu Düsseldorf aufnehmen, wo er mit Copaivbalsam behandelt wurde. Der Tripper ging nicht ganz fort, während die Hodenentzündung geheilt wurde. Am 1. Dezember schwoll der linke Hoden wieder an, weshalb R. in die Charité kommt.

Befund: Spärlicher Ausfluss aus der urethra, in dem Gc. gefunden wurden, ferner Epididymitis sinistra. Auf der Brust Pityriasis versicolor. — Die Zweigläserprobe ergiebt: beide Portionen trübe.

Behandlung: 4. 12. Bettruhe, Abführmittel, Ichthyoleinpackung.

9. 12. Airol 2,0
Glycerin 15,0
Aq. dest. 5,0

Acht derartige Airoleinspritzungen bekommt Patient bis 26. 12.

25. 12. Kein Sekret mehr, auch morgens ist die Harnröhre nicht mehr verklebt.

27. 12. R. wird geheilt entlassen.

Albumenuntersuchungen: 6. 12. Der reichlich Eiter und Blut enthaltende Urin zeigt ziemlich intensive Eiweissreaktion, doch lässt sich die Eiweissmenge quantitativ nicht bestimmen.

9. 12. Der Eiter- und Blutgehalt hat zugenommen, ebenso die Albuminurie, doch lässt sich die Menge auch diesmal mit dem Albumineter nicht messen.

11. 12. Der Urin enthält wenig Eiter, kein Blut. Die Albuminurie hat sich vermindert. Dasselbe Resultat ergiebt die Untersuchung am 20. 12.

Erklärung: Da R. im Jahre 1887 eine Nierenerkrankung durchgemacht hat, über deren Wesen nichts genaueres zu erfahren war, ist es wohl möglich, dass von dieser Affektion die Albuminurie zurückgeblieben ist. Die Schwankungen in der Menge des ausgeschiedenen Eiweisses beruhen auf dem bald grösseren, bald geringeren Eiter- und Blutgehalt.

94 K.

26 Jahr alt, Hausdiener, aufgen. 16. 8.

Anamnese: Pat. hatte vor einem Jahr bereits einen Tripper, der ärztlich mit Einspritzungen behandelt und geheilt wurde. C. L. vor 4 Wochen, 4—5 Tage später Ausfluss aus der urethra, seit 14 Tagen Hodenanschwellung rechts.

Befund: Aus der urethra eitriger Ausfluss, in dem Gc. gefunden werden, ferner besteht Schwellung des rechten Nebenhodens und Samenstranges. — Die Zweigläserprobe ergiebt: Portion I trübe, II klar; auf der Brust Pityriasis versicolor.

Behandlung: 16. 8. Ol. Santali 3mal tägl. 15 Tropf., Bleiumschläge.

26. 8. Ichthyol, Irrigationen.

3. 9. Airolinjectionen.

10. 9. geheilt entlassen.

Albumenuntersuchungen: 20. 8. Der etwas eiterhaltige Urin zeigt eine qualitativ nicht bestimmbare Eiweissmenge.

24. 8. Auch dieses Mal enthält der Urin mehr als eine Spur Albumen.

27. 8. Im ziemlich klaren Urin ist kein Eiweiss mehr zu finden. Dasselbe Resultat am 3. 9.

Erklärung: cfr. Fall 87.

95 P.

19 Jahr alt, Schlächter, aufgen. 17. 9. 97.

Anamnese: Pat. will bis jetzt nie krank gewesen sein. L. C. 11. Juli, einige Tage später Tripper, der ärztlich mit Einspritzungen behandelt wurde.

Befund: Spärliches Sekret aus der urethra, in dem Gc. gefunden werden. Die Zweigläserprobe ergiebt: Portion I trübe, II klar.

Behandlung: 17. 9. Ol. Santali, Irrigationen mit Argent. nitr. 1,0 : 3000,0.

24. 9. Airolirrigationen.

Am 11. 10. wird P. geheilt entlassen.

Albumenuntersuchungen: 18. 9. Im Urin, der reichlich Eiter und Blut enthält, findet sich ziemlich viel Eiweiss, das jedoch durch den Albumineter nicht messbar ist.

25. 9. Eiter- und Blutgehalt haben abgenommen, Eiweiss nur noch in ganz geringer Spur.

29. 9. Keine Albuminurie.

Erklärung: cfr. Fall 87.

96 E.

37 Jahr alt, aufgen. 6. 4. (in der I. Medizin. Klinik).

Anamnese: 1884 hatte Pat. Tripper und Rheumatismus in vielen Gelenken, die er genauer nicht mehr angeben kann; diese Affektion dauerte drei Monate. Im Jahre 1895 bekam Pat. wieder einen Tripper, zu dem auch Gelenkrheumatismus hinzutrat, diesmal nur im Ellenbogen- und Handgelenk. Jetzt seit 8 Tagen Tripper und Schmerzen im linken Knie- und beiden Handgelenken.

Befund: Beide Handgelenke und das linke Knie sind leicht geschwollen, die Haut darüber nicht gerötet, Bewegungen sind sehr schmerzhaft. Aus der Harnröhre kann man einen Tropfen grüngelben Eiters herausdrücken, in dem Gc. gefunden werden; der Urin enthält Tripperfäden, kein Sediment, kein Albumen.

Behandlung: 6. 4. Natr. salicyl. und Argent. nitric. 0,1 : 300,0, ferner am 13. 4. Salol, am 28. 4. Ichthyol 3,0 : 100,0.

23. 5. Sandbad und Massage der Hand. Unter dieser Behandlung lässt sich am 6. 4. eine erhebliche Besserung konstatieren; nur das Gelenk des rechten Zeigefingers ist noch geschwollen. — Am 6. 7. lässt sich aus der Harnröhre etwas Sekret herausdrücken, in dem man Gc. findet. Gelenkschwellungen sind nicht mehr vorhanden, nur das rechte Knie-, rechte Hand- und das rechte zweite Zeigefingergelenk sind bei Bewegungen schmerzhaft. Der Gonorrhoe wegen wird E. der Syphilis-Klinik

der Charité überwiesen. — Hier wird am 6. 7. folgender

Befund aufgenommen: Beim Auseinanderziehen der Harnröhrenlippen ist in der urethra ein spärliches Sekret sichtbar, in dem Gc. nachgewiesen werden. Auf der Eichel einige braunrote, leicht erhabene Flecke, die seit ca. 8 Tagen bestehen sollen und keine Beschwerden verursachen. Rechtes Knie- und linkes Fussgelenk, sowie beide Handgelenke sind geschwollen. An beiden Unterschenkeln 2 Narben (angeblich von zu starken Umschlägen im Jahre 1884 herrührend). In der Gegend des linken Fussgelenks punktförmige Hämorrhagien in der Haut. Das Herz ist in seinen normalen Grenzen und die Töne rein. Die Zweigläserprobe ergiebt: Portion I flockig, II klar.

Behandlung: 8. 8. Ol. Santali 3mal tägl. 15 Tropf., Massage, Airol.

15. 8. Patient klagt über Schmerzen im rechten Kniegelenk, daher feuchter Verband um das rechte Knie.

23. 8. Irrigationen. — Der Schmerz im rechten Kniegelenk ist geschwunden, dagegen sind im rechten Fussgelenk Schmerzen aufgetreten.

24. 8. Das rechte Fussgelenk wird elektrisiert, darauf nasse Einwicklung.

30. 8. Irrigationen ausgesetzt wegen genügend violenten Urin.

3. 8. Patient klagt über Schmerzen im linken malleolus externus, derselbe ist geschwollen.

5. 8. E. klagt über Herzbeklemmungen, Puls ist unregelmässig, bisweilen aussetzend, von kleiner Spannung. — Das Herz ist in seinen normalen Grenzen, Herztöne ganz leise, doch keine Geräusche. — Patient bekommt Eisbeutel auf das Herz und Infus. folior. digital. 0,5 : 150,0 2stündl. 1 Esslöffel.

7. 8. Puls ist wieder regelmässig.

9. 8. Ol. Santali ausgesetzt; dafür Fol. uvae ursi; Puls klein.

17. 8. Ichthyolverband an beiden Fussgelenken, die wieder schmerzten.

19. 8. Natr. salicyl. 4,0 pro die. — Im Urethralsekret finden sich noch Gonokokken.

20. 8. Massage beider Fussgelenke.

30. 8. Schmerzhaftigkeit im Kniegelenk verschwunden, die Schmerzen in den Fussgelenken bestehen noch bis 11. 9., nachdem Patient am 7. 9. noch einen Ichthyolverband bekam. Seiner Gonorrhoe wegen bekam E. vom 24. 8. an Irrigationen. Zuerst 1,0 : 1000,0, dann steigend bis 1,0 : 200,0.

Temperaturkurve: s. Anhang, Tabelle I.

Albumenuntersuchung: 27. 7. Kein Eiweiss.

6. 8. Auch dieses Mal ist der Urin eiweissfrei.

7. 8. Im eiter- und bluthaltigen Urin zeigt sich Albuminurie, doch nicht sehr intensiv.

9. 8. Urin sehr reich an Eiter und Blut; sehr intensive Eiweissreaktion, die Albumenmenge beträgt $^1/_3$ $^0/_{00}$. Mikroskopisch sind im sehr reichlichen Sediment zahlreiche Eiterkörperchen, doch keine roten Blutkörperchen und Cylinder zu sehen.

13. 8. Urin klar, kein Eiweiss.

17. 8. Keine Albuminurie, dasselbe Resultat auch am 27. 8. und 7. 9.

Erklärung: Eine starke Albuminurie findet sich am 9. 8.; an diesem Tage war der Urin stark eiter- und bluthaltig, doch waren Nierenepithelien im Sediment nicht nachweisbar. Die Eiweissmenge, die mit dem Albumimeter gemessen $^1/_3$ $^0/_{00}$ ergab, hängt wohl zusammen mit dem Fieber, das am Tage vorher seinen Höhepunkt (38,0 °) erreichte; eventuell spielt

auch die Herzaffektion für die Genese der Albuminurie eine Rolle.

97 H.

21 Jahre alt, aufgenommen 12. 6. 97.

Anamnese: L.C. vor 14 Tagen, drei Tage später bemerkte H. eine Anschwellung der Vorhaut und eitrigen Ausfluss.

Befund: Es besteht Phimose, eitrig-schleimiger Ausfluss aus dem Praeputialsack, am Praeputium finden sich Geschwüre, dorsaler Lymphstrang indolent, links leichte Schmerzhaftigkeit der Lymphdrüsen; Cubital-, Cervikal- und Submaxillardrüsen indolent geschwollen.

Behandlung: 12. 6. Bettruhe, Umschläge, Ausspritzen des Vorhautsackes.

14. 7. Die Phimose wird dorsal incidiert und circumcidiciert; Temperatur beträgt 37,5 °.

16. 6. Am Praeputium etwas Verhärtung, kein ulcus.

17. 6. An 2 Stellen leichte Eiterung, die Nähte werden entfernt, aus der Harnröhre kommt leicht sanguiolenter Ausfluss, in dem Gc. gefunden werden. Die Zweigläserprobe ergiebt: beide Portionen stark trübe.

29. 6. Noch zwei Stellen der Phimose sind offen.

3. 7. Einige schlecht granulierende Stellen abgetragen. Im Urin sieht man im mikroskopischen Präparat viel Leucocythen und Eiterkörperchen, keine Blasen- oder Nierenepithelien.

9. 7. Auf die Wunden des Praeputiums wird Jodoform gestreut.

Am 18. 7. ist die Phimosenwunde ganz geheilt.

31. 7. Patient klagt über Reissen in den Gliedern und Kopfschmerz.

3. 8. H. klagt über starkes Schwitzen, er hat

Schmerzen in der Harnröhre, die Prostata ist druckempfindlich. Das Herz ist in seinen normalen Grenzen, an der Mitralis hört man ein leises systolisches Geräusch, die Töne sind im übrigen rein, die Milz ist nicht vergrössert, Lungen normal; ein Exanthem ist nicht aufgetreten. Patient erhält warme Umschläge auf das Pericard; Zinkum sulfur. wegen des sehr starken Ausflusses.

5. 8. Man nimmt Untersuchung per rectum vor und fühlt rechts an der prostata die harte Samenblase, daneben einen harten Strang (vas deferens). Es wird Diagnose auf Spermatocystitis gestellt und warme Umschläge verordnet. Am

7. 8. treten Schmerzen im linken Schultergelenk auf, daher bekommt H. einen hydropathischen Umschlag darauf.

9. 8. Eisumschläge um das Perineum, ferner Natr. salicyl., vin. Condurango und Tinct. Canabis.

13. 8. per rectum ist eine deutliche Erweichung der prostata fühlbar; Incision vom rectum aus, es entleert sich viel Blut.

14. 8. Tinct. Canabis wird weiter gegeben.

16. 8. An der Herzspitze ist ein deutliches systolisches und diastolisches Geräusch hörbar, im Urin Blut und Eiweiss. H. bekommt Methylenkapseln à 0,1 3mal tägl. Am Abend eine Atropinpille.

19. 8. Appetit und Allgemeinbefinden ist gut, H. hat keine Beschwerden ausser Schmerz in der Harnröhre beim Urinieren, bei der Defäkation keine Schmerzen, die prostata ist bedeutend abgeschwollen.

24. 8. Ein eingeführter Metallkatheter stösst in der pars prostatica auf ein Hindernis und auf Massen, die sich körnig und hart anfühlen. An der Spitze des Katheters bleiben beim Herausziehen Blutkoagula und Eiter hängen. Ein dünner Nélaton dringt in

die Blase ein, aus der sich klarer Urin entleert. Der Urin zeigt starkes, eiterhaltiges Sediment, das wohl nicht aus der Blase, sondern aus der urethra stammt; beim Katheterisieren besteht kein erheblicher Schmerz in der urethra.

26. 8. Es werden Irrigationen mit Borsäure vorgenommen, Methylenblau wurde ausgesetzt.

27. 8. Patient trinkt Wildunger und erhält Irrigationen mit Bor.

3. 9. Guajacol. carbon. 1,0
Ol. jec. Aselli 200,0
3mal tägl. 1 Esslöffel und ausserdem Natr. salicyl.

7. 9. Urin hat bedeutend weniger Sediment, Patient steht auf, kein Fieber mehr, Allgemeinbefinden gut.

Am 16. 10. wird H., nachdem auch seine Gonorrhoe geschwunden ist, als geheilt entlassen.

Temperaturkurve: s. Anhang, Tabelle II.

Albumenuntersuchung: 29. 7. Der Urin enthält sehr viel Sediment und Eiter; die Eiweissprobe fiel positiv aus, doch liess sich die Menge quantitativ nicht bestimmen; im mikroskopischen Präparat fanden sich sehr zahlreiche Eiterkörperchen, jedoch weder Epithelien noch Cylinder.

6. 8. Der Urin ist undurchsichtig, lehmfarben und enthält reichliches Sediment, in dem zahlreiche Eiterkörperchen zu finden sind, die Albumenmenge beträgt $^1/_2$ ‰.

11. 8. Der Urin enthält sehr viel Eiter und Blut. Die Albumenmenge beträgt $^1/_2$ ‰.

16. 8. Eiter, Blut und Eiweiss noch in derselben Menge im Urin. Die Untersuchungen am

19. 8., 23. 8., 30. 8. ergeben ein gleiches Resultat.

17. 9. Albumenmenge hat bedeutend abgenommen,

die quantitative Bestimmung ist nicht mehr möglich, Eiter- und Blutgehalt noch unverändert.

10. 9. Die Eiweisstrübung ist bei der Probe geringer als das vorige Mal, auch Eiter und Blutmenge haben abgenommen.

Dieselben Resultate ergaben die Untersuchungen am 14. 9., 18. 9., 22. 9. Am

10. 10. wird der bis dahin immer sehr trübe und sedimentreiche Urin etwas klarer, Sediment ist nur noch wenig vorhanden. Bei der Eiweissprobe ergiebt sich ein negatives Resulat.

Dies wiederholt sich am 14. 10.

Erklärung: H. zeigte von allen Patienten quantitativ die grösste Menge Eiweiss ($^1/_2$ ‰), doch hatte Patient gerade an den Tagen, an denen die Eiweissmenge messbar war, ziemlich hohes Fieber (am 6. 8. 38,5°, am 11. 8. 39,1°, am 16. 8. 38,9, 19. 8. 38,8°, 23. 8. 39,4°, und am 30. 8. 39,5°). Ausserdem war der Urin sehr stark eiter- und bluthaltig; an den andern Tagen entsprach die gefundene Eiweissmenge stets nur dem reichlichen Eiter- und Blutgehalt. Dieser Fall war auch kompliziert mit Spermatocystitis, Arthritis und Herzaffektion.

98 F. W.

29 Jahre alt, Hausdiener, aufgenommen am 6. 9.

Anamnese: W. hatte bereits 1891 Tripper und Phimose, die operativ behandelt wurde; im Jahre 1892 ein Blasenleiden, über dessen Natur er nichts genaueres anzugeben weiss; L.C. ungewiss, seit 3 Tagen ist die Vorhaut angeschwollen und hat sich nicht mehr zurückgezogen.

Befund: Die Vorhaut, von der nach der im Jahre 1891 ausgeführten Phimosenoperation nur der untere Lappen vorhanden ist, zeigt sich stark geschwollen

und lässt sich nicht zurückziehen. Auch die Penishaut ist ödematös geschwollen; aus der urethra kommt ein eitriger Ausfluss, in dem Gc. sehr spärlich gefunden werden; es besteht ferner Balanitis. Die Zweigläserprobe ergiebt: beide Portionen trübe.

Behandlung: 6. 9. Umschläge mit Bleiwasser.

10. 9. Salol. Blasenausspülung alle drei Tage mit Sol. argent. nitric. 1,0 : 1000,0.

12. 9. W. klagt über Kopfschmerzen und Beschwerden in der Blasengegend, der Urin ist stark trübe, es besteht Harndrang, daher Salol 3 mal tägl. 1,0 und Fol. uvae ursi.

10. 11. Pat. bekommt Blasenausspülung mit 50 ccm Sol. argent. nitr. 1,0 : 300,0. Der Urin enthält viel Salze und wenig Leucocythen.

Am 25. 11. wird W. gebessert entlassen.

Temperaturkurve: s. Anhang, Tabelle IV.

Albumenuntersuchungen: 7. 9. Urin sehr trübe, reichlich Eiter vorhanden. Eiweiss höchstens soviel als dem Eiter entspricht.

10. 9. Der Eitergehalt hat zugenommen, in gleicher Weise ist auch etwas mehr Eiweiss vorhanden, doch quantitativ nicht messbar.

13. 9. Im Urin sehr viel Eiter, etwas Blut, Albuminurie hat bedeutend zugenommen ($^1/_4$ $^0/_{00}$).

17. 9. Blut ist geschwunden, Eitermenge vermindert, Eiweiss höchstens in ganz geringer Spur vorhanden.

23. 9. Kein Eiweiss, ebenso am 27. 9.

Erklärung: Eine Albuminuria vera war nur am 13. 9. festzustellen ($^1/_4$ $^0/_{00}$). Doch hatte am Tage vorher das Fieber seinen Höhepunkt (40,9 °) erreicht. Die Ursache des Fiebers ist wohl die an diesem Tage auftretende Cystitis. Als die Temperatur wieder normal war (16. 9. 36,8 °), blieb auch das

Eiweiss verschwunden. Bei allen andern Untersuchungen entsprach die Eiweissmenge dem Eitergehalt.

99 H.

18 Jahr alt, Friseur, aufgen. 31. 8.

Anamnese: H. hatte vorher keine Geschlechtskrankheit. L. C. vor 14 Tagen, 7 Tage später Tripper, der ärztlich mit Einspritzungen behandelt wurde. Seit 5 Tagen Schwellung und Schmerzen des linken Hodens; beim Urinlassen hat H. keine Schmerzen.

Befund: Aus der urethra eitriger Ausfluss, in dem Gc. gefunden werden; der linke Nebenhoden ist geschwollen und druckempfindlich. Die Zweigläserprobe ergiebt: beide Portionen trübe.

Behandlung: 31. 8. Bettruhe. Ol. Santali, Eisumschläge.

1. 9. Angina; seines Fiebers wegen bekommt H. am

2. 9. Tinct. Chinae 3mal tägl. 15 Tropf.

4. 9. Auch der rechte Nebenhoden ist geschwollen und sehr druckempfindlich; daher Eisumschläge; am 10. 9. Ichthyol. Vom 12. 9. bis 16. 9. wieder Ol. Santali, dann bis 6. 10. Irrigationen mit Sol. argent. nitric. 3,0 : 1000,0.

Am 8. 10. wird er geheilt entlassen.

Temperaturkurve: s. Anhang, Tabelle V.

Albumenuntersuchung: 2. 9. Im Urin reichlich Eiter und Blut. Albumenmenge beträgt $^1/_4$‰. Im mikroskopischen Präparat reichlich Eiterkörperchen, keine Epithelien.

10. 9. Blutgehalt hat abgenommen, Eiter ist noch sehr reichlich vorhanden. Albuminurie ist geringer geworden, lässt sich quantitativ nicht bestimmen.

14. 9. Albuminurie wieder beträchtlich ($^1/_3$ ‰). Das mikroskopische Präparat ergiebt wieder reichliche Eiterkörperchen, keine Epithelien.

19. 9. Im sehr eiterreichen Urin nur noch eine Spur Eiweiss.

22. 9. Keine Albuminurie.

Erklärung: H. zeigt Albuminuria vera nur am 2. 9. ($^1/_4$ ‰) und am 14. 9. ($^1/_3$ ‰). Das erste Mal ist sie wohl durch das durch die Angina bedingte Fieber hervorgerufen.

Am 14. 9. ist jedenfalls die Gabe Ol. Santali die Ursache der pathologischen Eiweissausscheidung, da in den folgenden Untersuchungen (19. 9. und 22. 9.) Eiweiss im Urin nur in Spuren beziehungsweise gar nicht nachzuweisen war.

100 O. B.

21 Jahr alt, Schumacher, aufgenommen am 14. 12. 97.

Anamnese: Früher nie krank gewesen. L. C. 28. 11, 4 Tage später bemerkte B. Ausfluss aus der Harnröhre, seit 10. 12. ist der linke Hoden angeschwollen. Seit dem 11. 12. bestehen stechende Schmerzen beim Urinlassen und häufiger Harndrang. Ein Spezialarzt verordnete kalte Umschläge und Einpinselung mit Jodtinktur.

Befund: Eitriger Ausfluss aus der urethra, in dem Gc. gefunden werden; Epididymitis sinistra. Die Zweigläserprobe ergiebt: Portion I trübe, II klar.

Behandlung: lauwarme Umschläge um die Blasengegend, Sitzbad; Ichthyoleinpackung des Hodens. Ol. Santali 3mal tägl. 15 Tropf.,

22. 12. Die heftigen Schmerzen beim Urinlassen haben aufgehört.

8. 1. B. wird geheilt entlassen.

Temperaturkurve: s. Anhang, Tabelle VI.

Albumenuntersuchung: 14. .2. Der Urin enthält sehr viel Eiter, etwas Blut; Eiweiss ist $^1/_3$ ‰ vorhanden. Im mikroskopischen Präparat keine Epithelien, nur Eiterkörperchen.

16. 12. Der Eitergehalt ist derselbe geblieben, ebenso die Blut- und Eiweissmenge.

20. 12. Im Urin nur noch wenig Eiter, kein Sanguis, keine Albumen. Dasselbe Resultat am 23. 12.

Erklärung: Albuminuria vera findet sich nur am 14. 12. und 16. 12. An diesen Tagen hatte das jedenfalls durch die Epididymitis bedingte Fieber seinen Höhepunkt erreicht. Dieses Fieber kann man wohl als die Ursache der Eiweissausscheidung ansehen.

152 S. K.

Maler, 36 Jahre alt, aufgenommen 20. 9. 97.

Anamnese: Vor 8 Jahren hatte Patient einen Schanker, wurde darauf mit Quecksilber behandelt. L.C. am 10. 9., 4 Tage später bemerkte K. einen eitrigen Ausfluss aus der Harnröhre, weshalb er Sandelölkapseln nahm.

Befund: Aus der urethra kommt ein schleimig-eitriges Sekret, in dem reichliche Gc. gefunden werden, ausserdem ist das Praeputium ödematös geschwollen. Die Zweigläserprobe ergiebt: Portion I trübe, II weniger trübe.

Behandlung: 20. 9. Protargol $^1/_4$ %.

Patient suchte nach dem 21. 9. die Poliklinik nicht mehr auf.

Albumenuntersuchung: 20. 6. Im ziemlich trüben Urin findet sich Eiweiss, dessen Menge durch den Albumimeter nicht zu bestimmen ist.

Erklärung: Leider konnte ich den Urin nur einmal untersuchen, da Patient nicht mehr in die Poliklinik kam. Bei dieser Untersuchung wurde eine Albumi-

nurie, die zwischen der spuria und vera liegt, festgestellt. Als Ursache derselben kann man wohl die vor 8 Jahren acquirierte Lues nicht mehr in Betracht ziehen, da Patient jetzt symptomfrei ist; vielleicht spielt auch hier die Applikation von Ol. Santali eine Rolle.

153 H. V.

Kaufmann, aufgenommen am 16. 9.

Anamnese: Patient hatte vor 2 Jahren Gonorrhoe, die ärztlich mit Einspritzungen nach 2 Monaten geheilt wurde. L. C. am 30. 8., einige Tage später bemerkte V. einen eitrigen Ausfluss aus der Harnröhre und einige kleine Geschwüre auf der Vorhaut.

Befund: Aus der urethra kommt ein eitrig schleimiger Ausfluss, in dem Gc. gefunden werden, ferner ulcera mollia auf dem inneren Präputialblatt und ein linksseitiger Bubo. Die Zweigläserprobe ergiebt: beide Portionen trübe.

Behandlung: 16. 6. Argent nitr. 1,0 : 3000,0; auf die ulcera wird Jodoform gestreut.

20. 9. Der Bubo wird incidiert.

Patient wird am 13. 11. geheilt entlassen.

Albumenuntersuchung: 25. 9. Der sehr eiter- und bluthaltige Urin zeigt bei der Prüfung ziemlich intensive Eiweisstrübung. Quantitativ lässt sich die Eiweissmenge nicht bestimmen, im mikroskopischen Präparat finden sich reichliche Eiterkörperchen, keine Cylinder.

3. 10. Der Eiter- und Blutgehalt hat abgenommen, in gleichem Masse ist auch die Albuminurie bedeutend geringer geworden.

13. 11. Urin ist klar, Eiter, Blut und Eiweiss darin nicht mehr nachzuweisen.

Erklärung: Hier dürfte wegen des sehr starken Eiter- und Blutgehalts des Urins die Deutung der ziemlich

starken Eiweissausscheidung erschwert und schwer zu entscheiden sein, in wie weit wirklich eine Albuminurie vorlag.

154 H. F.

Kaufmann, 27 Jahre alt, aufgenommen 12. 8.

Anamnese: Patient hatte vor 2 Jahren eine Gonorrhoe, jetzt seit 6 Tagen Ausfluss aus der Harnröhre.

Befund: Aus der urethra kommt ein schleimig-eitriges Sekret, in dem sehr viel Gc. gefunden werden. Patient hat Schmerzen beim Urinieren und seit 2 Tagen starken Harndrang (er musste jede halbe Stunde urinieren).

Behandlung: 12. 8. Ol. Santali, Airolirrigationen, Faulbaumrinde.

27. 8. Wegen auftretender Gelenkschmerzen Natr. salicyl.

3. 9. Die Behandlung wird wegen angeblicher Blutung aus der urethra sistiert.

9. 9. Patient bekommt Protargol $^1/_2$ %. Am

23. 9. wird diese Therapie wiederum sistiert wegen Schmerzen im linken Hoden. Es besteht Epididymitis sinistra, daher werden kühle Umschläge und Bettruhe verordnet.

Albumenuntersuchung: 14. 8. Im sehr trüben Urin wird reichlich Eiter und Albumen gefunden, doch ist dieses quantitativ nicht messbar; im mikroskopischen Präparat keine Cylinder, dagegen sehr reichliche Eiterkörperchen.

21. 8. Der Eitergehalt hat abgenommen, ebenso die Albuminurie, die auch jetzt nach Essbach nicht zu bestimmen ist.

10. 9. Im ziemlich trüben Urin nur sehr geringe Spur Eiweiss. Am 22. 9. kein Albumen.

Erklärung: vergl. Fall 87.

155 P. T.

Tischler, 31 Jahre alt, aufgenommen 20. 9.

Anamnese: Patient leidet seit 4 Jahren an Gonorrhoe, die verschiedentlich mit Einspritzungen behandelt wurde. Im Verlauf der Gon. hatte er bereits zweimal eine rechtsseitige Hodenentzündung. Jetzt bestehen seit 4 Tagen heftige, ziehende Schmerzen im linken Hoden, derselbe ist auch geschwollen.

Befund: Aus der urethra kommt geringes, schleimiges Sekret, in dem Gc. gefunden werden. Es besteht Epididymitis sinistra und eine Fiebertemperatur von 38,2°, (Patient giebt an, auch in den letzten Tagen gefiebert zu haben. Die Zweigläserprobe ergiebt: Portion I trübe, II ziemlich klar.

Behandlung: Um die Hoden werden Umschläge mit Liqu. Alum. acet verordnet, ausserdem Fieberdiät, Bettruhe. Als Patient am 5. 10. wiederkommt, sind die Schmerzen und die Schwellung des l. Hodens verschwunden. Gegen seine Gonorrhoe bekommt T. Airolirrigationen.

Albumenuntersuchung: 20. 9. Der ziemlich klare, hochgestellte Urin zeigt eine ziemlich intensive Eiweisstrübung. Mit dem Albumimeter gemessen ergiebt sich eine Albuminurie von $^1/_8$ ‰.

5. 10. Der ziemlich klare Urin ist eiweissfrei.

Erklärung: T. zeigt nur einmal, am 20. 9., eine pathologische Eiweissausscheidung, diese wurde wohl von dem durch die Epididymitis bedingten Fieber hervorgerufen.

* * *

Es bleibt mir nur noch übrig, die Fälle 83, 84, 85, 87, 90, 94, 95, 153 und 88 zu erklären.

Allen diesen ist gemeinschaftlich, dass die Eiweissmenge quantitativ nicht bestimmbar war, dass also der eine oder der andere Fall noch zur Albu-

minurie spuria zu rechnen ist. Wenn die Albuminurie als eine pathologische angesehen werden muss, dann ist wohl bei den ersten 8 Fällen eine metastatische Nierenerkrankung anzunehmen, d. h. bedingt durch Allgemeinstörungen resp. durch die Toxine der Gonokokken. Allerdings habe ich (ebenso wie Roche s. S. 10) nie eine Verschlechterung des Allgemeinbefindens wahrgenommen, ebenso wenig war die Urinmenge vermehrt.

Der Fall 88, bei dem eine Cystitis nachzuweisen war, dürfte zur Gruppe der ascendierenden Cystopyelonephritis zu rechnen sein, vielleicht ist auch hier der Harndrang als Ursache anzuführen, dem ja auch Finger und Jadassohn (S. 11) eine Bedeutung beilegen.

Ferner wurden alle Patienten, die ich soeben erwähnte und ausserdem Fall 86, 91, 92 und 154 mit Ol. Santali behandelt und gerade während der Applikation des Mittels trat die Albuminurie auf. Vielleicht ist dieses Medikament bei einzelnen die Ursache der Eiweissausscheidung. Wenn auch von vielen Autoren eine derartige Nebenwirkung des Sandelöls angezweifelt wird, so muss ich anführen, dass Lesser[17]) in seinem „Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten“ (Seite 15) angiebt: „Unangenehm sind ferner die Nebenwirkungen, die bei allen diesen Mitteln (Balsamica) fast stets nach längerem Gebrauch, manchmal auch schon sehr bald nach dem Beginn der Medikation auftreten, Appetitlosigkeit, Aufstossen, Erbrechen, Durchfälle und manchmal urticaria- oder erythemartige Ausschläge (Urticaria balsamica). Auch Nierenreizungen, Albuminurie, Haematurie können sich einstellen, und zwar sind diese unangenehmen Erscheinungen weniger bei dem in dieser Hinsicht unschuldigen Copaivbalsam zu befürchten, als bei dem

besonders neuerdings so empfohlenen Sandelöl, welches zumal in grösseren Dosen gegeben oft Nierenreizungen hervorruft.

Ferner erwähnt auch Rosenberg[18]) in den „Therapeutischen Monatsheften", dass bei dem Gebrauch von Ol. Santali Schmerzen in der Nierengegend und Albuminurie oft auftreten. — Schliesslich will ich noch einen Versuch anführen, den ich an mir selbst vornahm. Um die Nebenwirkungen des Sandelöls kennen zu lernen, nahm ich an einem Tage Nachmittag und Abend je 2,5 gr Ol. Santali in Kapseln. Vorher untersuchte ich meinen Urin mit dem sehr empfindlichen Reagens von Spiegler*) und fand kein Eiweiss; auch am Abend war ein Eiweissring nicht entstanden. Dagegen war am nächsten Morgen die Eiweissreaktion eine sehr intensive, eine Eiweisstrübung erhielt ich auch bei der Probe mit Kal. ferro-cyanatum und in geringer Weise mit dem Essbach'schen Reagens. Eine sehr starke Trübung trat bei Salpetersäure auf, doch ist diese wohl durch das im Urin aufgetretene Sandelöl bedingt; auch Nierenschmerzen traten bei mir am Abend und während der Nacht auf, die ziemlich heftig waren und ihren Sitz nur auf einer Seite (der linken) hatten.

Wenn man noch einmal alle wahren Albuminurien betrachtet (Kategorie D), so sieht man, dass bei allen Patienten Fieber vorhanden war; ich sehe dieses

*) Zu dieser Probe säuert man den Urin etwas mit Essigsäure an und schichtet ihn dann mit einer Pipette zu folgendem Reagens:

Hydarg. bichlor. corros.	8,0
Accd. tartar.	4,0
Aq. destill.	ad 200,0
Glycer.	20,0

Bei Anwesenheit von sehr geringen Mengen Eiweiss (1 ; 350000) entsteht an der Berührungsfläche ein weisser Ring.

Fieber nicht als Folge der Albuminurie an, sondern halte eher das Fieber für die Ursache der Eiweissausscheidung, da ich in allen Fällen eine andere Aetiologie für das Fieber finde. (Es bestanden zweimal Arthritis und Herzaffektion (Fall 96 und 97), einmal Cystitis (98), einmal Angina (99) und zweimal Epidydimitis (100 und 155). — Bedeutend war die Eiweissmenge nie, in einem Falle (97) betrug sie $^1/_2$ ‰, in dem andern schwankte sie zwischen $^1/_3$ und $^1/_4$ ‰, die Dauer der Albuminurie war ebenfalls ganz verschieden, in einem Falle dauerte sie 7 Wochen, in den andern $^1/_2 - 1^1/_2$ Wochen. — Nierenepithilien wurden nie gefunden. Nach den oben angeführten Gesichtspunkten ist es jedenfalls nicht sicher erwiesen, dass die Gonorrhoe hier eine wirkliche Nephritis hervorgerufen hat.

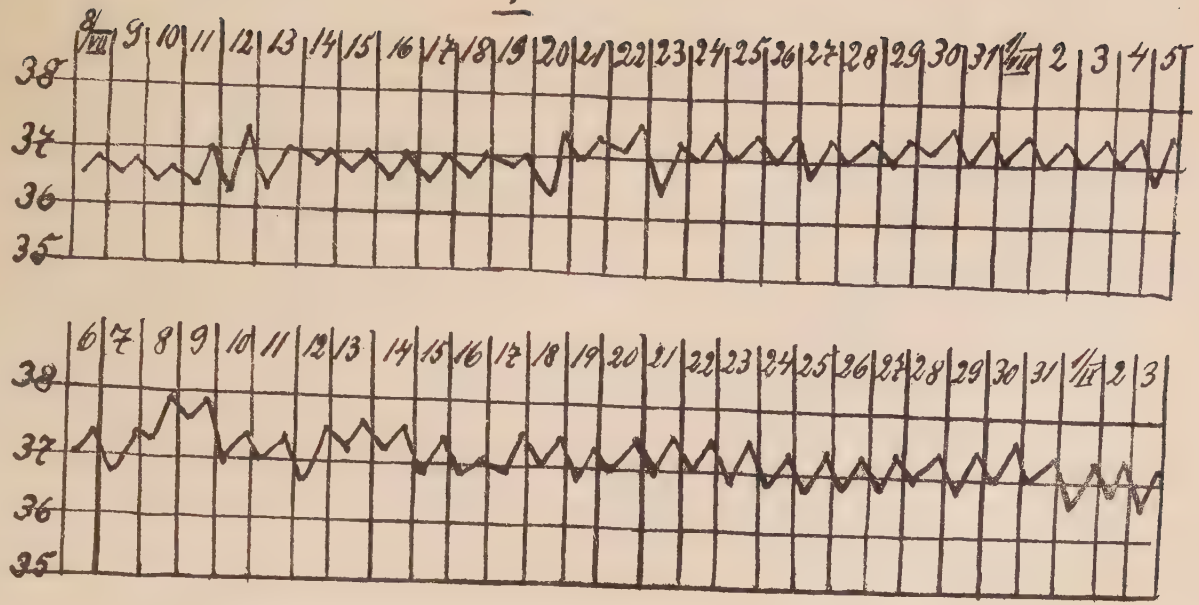
Was die zur Kategorie C gehörigen Fälle anbetrifft, so muss ich für die kritische Betrachtung zunächst 2 (Fall 89 und 152) ausscheiden, da ich die Patienten zu kurze Zeit beobachtete. Es bleiben daher 14 übrig; von diesen hatte einer einen vereiterten Bubo (86), einer (91) ein durch Epididymitis bedingtes Fieber, bei einem (92) war in den Bubo Hydrargyrum benzoicum injiciert worden; bei einem (153) war die Deutung wegen zu starken Blut- und Eitergehaltes erschwert, und Patient 99 schliesslich hatte vor Jahren eine Nierenerkrankung durchgemacht, daher kann bei diesem die Albuminurie schon bestanden haben. — Die übrigen 9 Patienten habe ich schon erwähnt; wenn bei diesen thatsächlich eine gonorrhoische Nierenaffektion angenommen werden muss, so muss ich noch erwähnen, dass die Albuminurie nur kurze Zeit dauerte (3—8 Tage) und dass Allgemeinerscheinungen nicht auftraten. Nierencylinder waren auch hier nie zu finden.

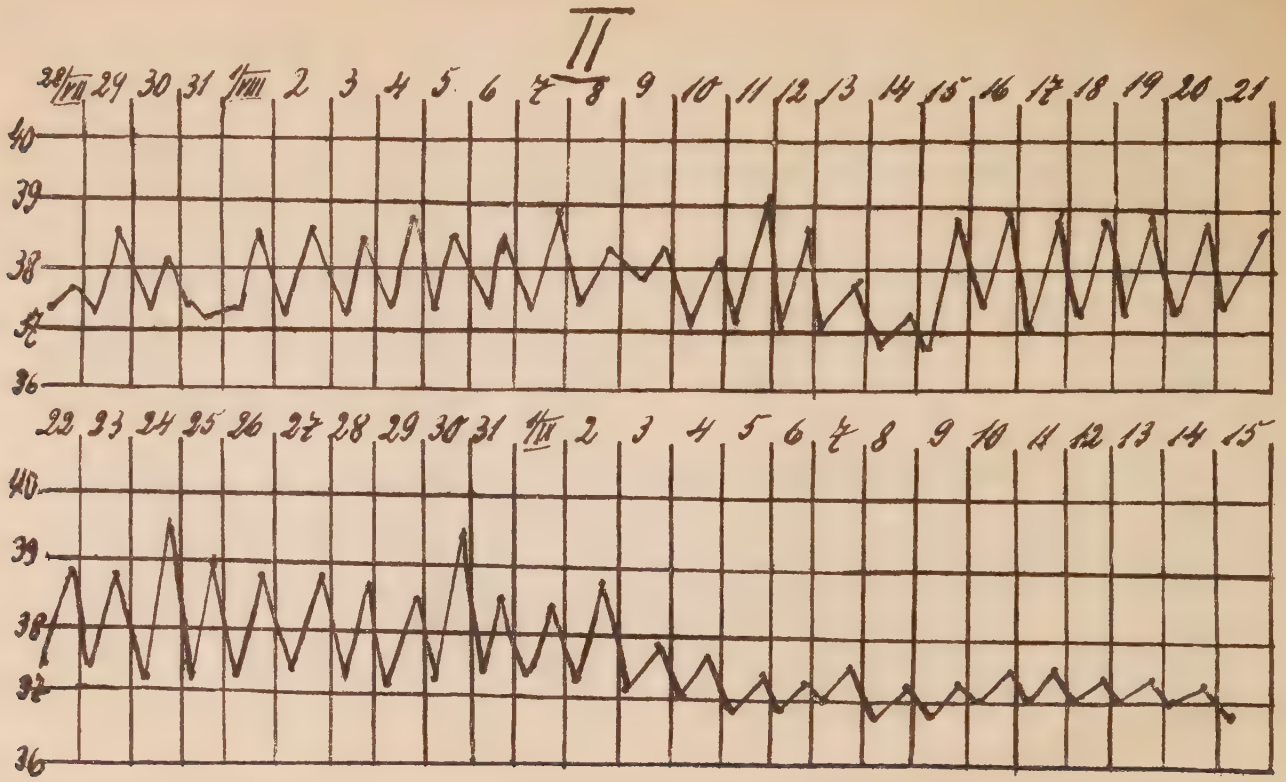
Durch meine Beobachtungen muss ich zu der Ansicht gelangen, dass eine Nierenkomplikation bei Gonorrhoe ziemlich selten ist, eine genaue Statistik lässt sich sehr schwer aufstellen, da bei der Urinuntersuchung auf Eiweiss bei dem Bestehen einer eitrigen urethritis zuviel Fehlerquellen unterlaufen. Albuminurieen ohne wirkliche Nephritis kommen zweifellos vor, aber in der Mehrheit der Fälle dürften Störungen allgemeiner Natur, besonders Fieber, für die Erklärung dieser Albuminurieen heranzuziehen sein.

* * *

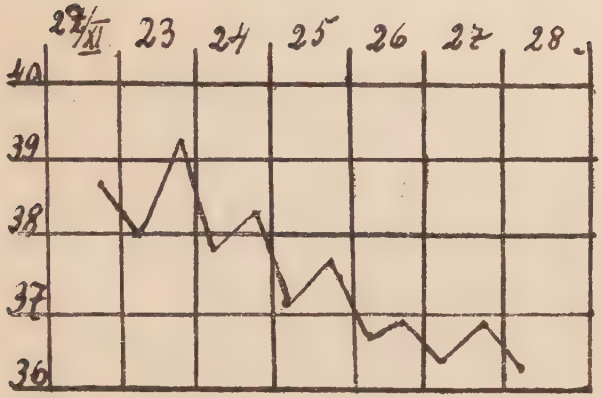
Am Schluss der Arbeit erfülle ich gern die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Lesser, für die Anregung zu dieser Arbeit und die gütige Ueberlassung der Fälle, sowie Herrn Oberarzt Dr. Buschke für die freundliche Unterstützung meinen ergebenen Dank auszusprechen.

I

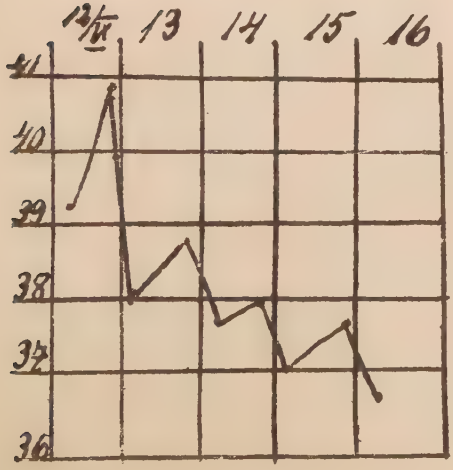

8/VII 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1/VIII 2 3 4 5
38
37
36
35
6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1/II 2 3
38
37
36
35


II
28/VII 29 30 31 1/VIII 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21
40
39
38
37
36
22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1/VIII 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
40
39
38
37
36

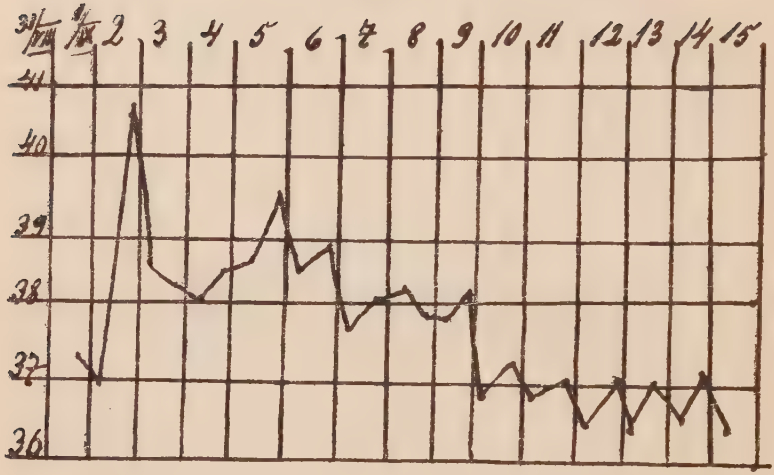
III


27/XI
23
24
25
26
27
28
40
39
38
37
36

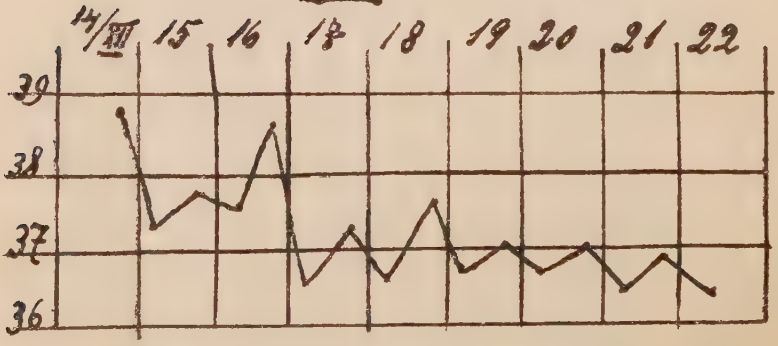
IV


13/IV
13
14
15
16
41
40
39
38
37
36

V


31/VIII
1/IX
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
41
40
39
38
37
36

VI


14/XII
15
16
17
18
19
20
21
22
39
38
37
36

Litteraturverzeichnis.

1. *Bell:* Traité de blennorrhagie. Paris 1800.
2. *Jubiot:* Étude sur la cystite et la néphrite blennorhagique. Thèse de Strassbourg 1869.
3. *Stoyantschoff:* Contribution à l'étude des complications rénales dans la blennorhagie. Thèse de Paris 1897.
4. *Fournier:* Dict. de méd. et chirurgie pratique. Paris 1866.
5. *Luxcey:* De la nephrite parenchymateuse comme complication intercurrente d'une blennorrhagie. Thèse de Paris 1879.
6. *Balzer et Souplet:* Note sur l'albuminurie liée à la blennorrhagie. Annales de dermatologie et de syphiligraphie Avril 1891.
7. *Balzer et Souplet:* Nouvelle contribution à l'étude de l'albuminurie compliquant les phases aigues de la blennorhagie. Annales de dermatologie et de syphiligraphie. Fevrier 1892.
8. *Souplet:* La blennorhagie, mal. général. Thèse de Paris 1893.
9. *Gérard:* L'albuminurie dans les affections vénériens. Archive de médecine militaire 1892.
10. *Colombini:* Albuminurie bei Gonorrhoe. Referat im Centralblatt für Erkrankungen der Harn- und Sexualorgane 1897 VIII 2.
11. *Charles Roche:* Quelques considérations sur les complications de la période initiale de la blennorhagie. Thèse de Nancy 1895.
12. *Goldberg:* Ueber Albuminurie bei Gonorrhoe. Vortrag gehalten auf der 68. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Frankfurt a. M. 1896 (Monatshefte für practische Dermatologie XXIII. Band 1896).
13. *Fürbringer:* Die inneren Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane. Berlin 1890.

14. *Werther:* Die Pathologie der Gonorrhoe. Vortrag, gehalten in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden. 16. Dezember 1893. (Schmidts Jahrbücher 1894. II.)
15. *Finger:* Die Blennorhoe der Sexualorgane und ihre Komplicationen. Wien 1893.
16. Bericht über die Sitzung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Frankfurt a. M. 1896. (Monatshefte für practische Dermatologie 1896. Band XXIII).
17. *Lesser:* Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. VII. Auflage. Leipzig 1892.
18. *Rosenberg:* Ueber die Nebenwirkungen des Sandelöls. (Therapeutische Monatshefte 1887).

Thesen.

1. Die Nierenkomplikationen im Verlaufe der Gonorrhoe sind nicht so häufig wie gewöhnlich angenommen wird.

2. Der Gonokokkus hat für die forensische Medizin eine grosse Bedeutung.

3. Die Psoriasis ist keine Infektionskrankheit, sondern ist begründet in einer auf hereditärer Belastung beruhenden funktionellen Schwäche des die Hauternährung regulierenden nervösen Centrums.

Vita.

Verfasser, Hermann Lewek, geboren am 8. September 1874 zu Santomischel (Prov. Posen), mosaischer Religion, erhielt seine Schulbildung auf dem Maria-Magdalene-Gymnasium zu Breslau und dem Friedrich-Wilhelms-Gymnasium zu Posen, das er Ostern 1894 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Zu diesem Termine wurde er bei der medizinischen Fakultät der Königl. Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin inskribiert und absolvierte bis jetzt seine ganze Studienzeit hier. Im Mai 1896 bestand er die ärztliche Vorprüfung; am 18. Februar 1898 legte er das examen medicum, am 25. Februar das Examen rigorosum ab.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kurse und Kliniken folgender Herren:

v. Bergmann, Blasius, Du Bois-Reymond †, Eulenburg, Fischer, Gerhardt, Grawitz, Gusserow, Hertwig Heubner, Huber, Jolly, Klemperer, König, Langerhaus, Lesser, Lewin, v. Leyden, Mendel, Nagel, Nasse, Olshausen, Paulsen, Rawitz, Schwendener, Sell †, Silex, H. Virchow, R. Virchow, Waldeyer, Warburg.

Allen diesen seinen hochverehrten Lehrern spricht Verfasser seinen aufrichtigen Dank aus.